UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1936 N° 22

Contribution à l'Etude du Traitement de la Rétroversion utérine par le Procédé de Baldy-Dartigues

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Mai 1936

PAR

Marc BUZY

Ancien Externe des Hôpitaux,
Diplômé de Médecine Légale.

MEMBRES DU JURY

MM. DAMBRIN — *Président.*
GORSE
BOULARAN — *Assesseurs.*
SOREL (R.)
CALVET — *Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE G. BERTHOUMIEU
39, Rue Riquet (Impasse Saint-Aubin)

1936

Contribution à l'Etude du Traitement

de la

Rétroversion utérine

par le

Procédé de Baldy-Dartigues

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1936 N° 22

Contribution à l'Etude du Traitement de la Rétroversion utérine par le Procédé de Baldy-Dartigues

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Mai 1936

PAR

Marc BUZY

Ancien Externe des Hôpitaux,
Diplômé de Médecine Légale.

MEMBRES DU JURY

MM. DAMBRIN — *Président.*
GORSE
BOULARAN — *Assesseurs.*
SOREL (R.)
CALVET — *Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE G. BERTHOUMIEU
39, Rue Riquet (Impasse Saint-Aubin)

1936

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN	MM.	BARDIER.
ASSESSEUR		DAMBRIN.
DOYEN HONORAIRE		ABELOUS.
PROFESSEURS HONORAIRES		MOSSE.
		SAINT-ANGE.
		BEZY.
		MARIE.
		MOREL.
		TAPIE.
		AUDEBERT.
		ESCAT.

PROFESSEURS

Anatomie	MM.	VALLOIS.
Histologie et Embryologie		ARGAUD.
Anatomie pathologique		TAPIE (J.).
Pathologie générale et expérimentale		BARDIER.
Bactériologie		RISPAL.
Pathologie interne		SERR.
Hygiène et Médecine préventive	MM.	LAFFORGUE.
Médecine légale		SOREL (E.).
Clinique médicale		DALOUS.
		LAPORTE.
Clinique chirurgicale et gynécologie		MERIEL.
Clinique chirurgicale		DAMBRIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		CAUBET.
Clinique médicale infantile et puériculture	Mlle	CONDAT.
Clinique de neurologie et psychiatrie	MM.	RISER.
Clinique ophtalmologique		GORSE.
Physique biologique et médicale		ESCANDE.
Chimie et Toxicologie		MOOG.
Pharmacie		RIBAUT.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie		ROQUES.
Oto-rhino-laryngologie		ESCAT.
Botanique et Matière médicale		MAURIN.
Clinique obstétricale		GARIPUY.
Physiologie		SOULA.
Clinique du cancer		DUCUING.
Clinique des Voies urinaires		MIGINIAC.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie topographique	MM.	DIEULAFE.
Chimie		VALDIGUIE.
Anatomie		CLERMONT
Histoire naturelle pharmaceutique		MARTIN-SANS.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques (Agrégé libre)		NANTA.
Chimie générale pharmaceutique et toxicologie		BRUSTIER.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	MM.	GARIPUY.
Obstétrique		ESTIENNY.
Chimie pathologique		VALDIGUIE.
Pharmacologie		SOULA.
Chimie minérale		VALDIGUIE.
Cryptogamie		MARTIN-SANS.
Zoologie		VALLOIS.
Stomatologie		CADENAT.
Physique Pharmaceutique		BUGNARD.
Chimie organique		BRUSTIER.
Dermatologie et Syphiligraphie		CHATELLIER.
Législation pharmaceutique		MAURIN.
Botanique		MARTIN-SANS.
Parasitologie		DELAS.
Physiologie		BOUISSET.
Otorhinolaryngologie		CALVET.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Histologie	MM.	CALVET.
Médecine		SENDRAIL.
		SOREL (Raymond).
Chirurgie		MOREL L.
		LEFEBVRE.
Pharmacie		BOULARAN.
Physique médicale		FLORENCE.
Obstétrique (chargé des fonctions d'Agrégé)		BUGNARD.
Secrétaire de la Faculté		ESTIENNY.
		RENARD.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats (Délibération en date du 12 mai 1891)

R.UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

AUX MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR DAMBRIN

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté,
Chirurgien chef des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société Nationale de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Notre maître respecté, que nous remercions vivement pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

A MON JURY DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GORSE

Professeur de Clinique Ophtalmologique,
Officier de la Légion d'honneur.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ

BOULARAN

Chevalier de la Légion d'honneur.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ

R. SOREL

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ

CALVET

AU DOCTEUR LOUIS DAMBRIN

Ex-Chef de Clinique Chirurgicale à la Faculté.

En témoignage de reconnaissance pour les nombreuses marques d'intérêt et l'aide bienveillante qu'il n'a cessé de nous apporter.

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A MES CAMARADES

INTRODUCTION

Il n'est pas besoin d'insister sur la fréquence de la rétroversion utérine. Les troubles nombreux qui l'accompagnent, sans mettre la vie en danger, peuvent compliquer toute l'existence génitale de la femme : cela consistera parfois en métrorragies, règles difficiles et douloureuses, pesanteur périnéale et douleurs lombaires souvent intolérables, douleurs dans les rapports sexuels, troubles de compression vers le rectum entraînant une constipation opiniâtre, etc... ; en définitive, des troubles dont l'intensité nécessitera dans bien des cas un traitement curatif et si possible définitif.

Il y a des degrés dans la rétroversion ; au début, quand elle est mobilisable et qu'il n'y a pas de lésions annexielles, quelques-uns tentent une réduction manuelle et appliquent prudemment un appareil prothétique pour rétablir les fonctions génitales de la femme.

Mais, il est très exceptionnel, comme l'a constaté la majorité des auteurs, de trouver une femme souffrant de sa rétroversion sans qu'il y ait une participation annexielle; ceci nous permet déjà de penser que la voie d'intervention intra-abdominale sera la meilleure, car elle permet de vérifier l'état des annexes.

Le plus souvent, les malades ne s'inquiètent pas outre mesure des fortes douleurs occasionnées au début par leur utérus rétroversé, elles s'alitent et ne consultent pas le médecin; ceci permet à des adhérences de se constituer et de cramponner l'utérus en arrière; elles le maintiennent dans une position mauvaise qui défie toute tentative de réduction sans laparotomie préalable, c'est-à-dire sans opération intra-péritonéale.

Les opérations intra-péritonéales sont d'ailleurs plus complètes, permettant de rectifier un diagnostic s'il y a lieu, de détruire des adhérences et aussi d'enlever des annexes malades.

Dans ce travail, nous envisagerons simplement une méthode de traitement très employée parmi les méthodes de raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds, la ligamentopexie rétro-utérine et sous-tubo-ovarienne.

Citons, comme le fit le Docteur Cugno dans son travail sur cette méthode en 1907, ces quelques lignes de Beurnier : « Si, au point de vue physiologique, le ligament rond n'a qu'une importance très restreinte, il n'en est pas de même lorsque l'utérus

n'a plus sa position normale; dans les déviations en arrière, par exemple, son rôle devient considérable, sinon au point de vue étiologique, du moins au point de vue de leur correction et de leur traitement; il est d'ailleurs facile de constater que les ligaments ronds sont toujours relâchés dans les rétrodéviations, ce qui fait admettre que si un périnée défectueux et des ligaments utéro-sacrés insuffisants favorisent incontestablement le prolapsus, en tous cas la rétro-déviation n'est possible que si les ligaments ronds s'y prêtent. »

Il devient logique de penser qu'après laparotomie on doit avoir pour but le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds. L'utérus est redressé tout en restant mobile et dans une position physiologique variable qui peut s'adapter aux mouvements de réplétion et d'évacuation des réservoirs pré et rétro-utérins.

Ce redressement de l'utérus ne doit pas comporter de résection plus ou moins étendue des ligaments ronds, ni la fixation artificielle à la paroi abdominale (hystéropexies ou autres méthodes de fixation pariétale). Ainsi, les chances de relâchement seront moins à craindre.

Enfin, disons avec le Docteur Dartigues « que les caractères d'une opération pour une affection qui est bien plus ennuyeuse et douloureuse que grave, qui ne porte pas atteinte à la vie, mais qui peut gâter toute la période génitale de la femme, doivent être : 1° la simplicité; 2° la rapidité; 3° d'of-

frir le meilleur résultat statique, tout cela entraînant conséquemment la plus grande sécurité. »

Nous envisagerons plus loin l'appréciation des résultats obtenus avec les différentes méthodes.

Dans notre thèse, après un bref historique, nous décrirons d'abord le procédé dit de Baldy-Dartigues ou ligamentopexie rétro-utérine et sous-tubo-ovarienne.

La comparaison des avantages et des inconvénients de ce procédé avec d'autres méthodes fera l'objet d'un troisième et court chapitre.

Nous terminerons par quelques observations prises au hasard sur le nombre imposant recueilli à l'Hôtel-Dieu dans le service du Professeur C. Dambrin qui fut notre maître et initiateur en clinique chirurgicale.

Il nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Puissions-nous, dans l'avenir, avoir toujours présents à l'esprit les précieux et clairs détails de pratique chirurgicale donnés au hasard d'une visite du matin ou d'une séance opératoire, nous montrer enfin dignes d'un tel patronage.

Nous exprimons également notre reconnaissance à tous les maîtres de la Faculté, avec une pieuse pensée pour trois grands disparus, les professeurs Audry, Cestan et Martin, enlevés brutalement à la respectueuses estime de quiconque les avait approchés.

Nos remerciements iront enfin au Docteur Louis Dambrin, ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté, pour son amicale sollicitude à notre égard et son aide précieuse qui nous a permis d'élaborer le présent travail.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Le procédé d'Alquié-Alexander est simplement signalé dans la thèse de Roland (Lyon, 1888). L'auteur, s'inspirant des conclusions de Lapthom-Smith et Skene-Keith dans l'*Edimbourg Medical Journal*, semble n'en faire aucun cas; le ligament rond ne serait qu'un muscle au même titre que le crémaster, et rien ne garantirait son relâchement après qu'il ait été raccourci.

Il n'est pas fait mention d'un seul procédé de raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds dans ce travail qui semble pourtant présenter l'état actuel du traitement des rétrodéviations à cette époque.

Au cours de la même année, devant les nombreux

échecs de l'Alquié-Alexander (rétroversions adhérentes) et surtout grâce à l'inocuité parfaitement démontrée d'une laparotomie aseptique, apparut une méthode nouvelle : la ligamentopexie intra-abdominale, dont l'invention semble revenir à George Wylie.

Mais, dès 1889, plusieurs auteurs paraissant tout ignorer de la publication de Wylie, décrivent des procédés analogues. Ce sont Ruggi, de Bologne, Baer de Philadelphie, Bode de Dresde. Les procédés de ces auteurs sont d'ailleurs différents comme nous le verrons plus loin.

Un autre auteur américain, Dudley présenta, lui, la même année, une technique plus compliquée reprise en France par Baudoin quelques années après.

Un peu plus tard, Polk modifiait ce procédé, mais conservait la méthode de raccourcissement par repliement.

Plusieurs noms seraient encore à citer, comme ceux de Maun, Beck, Mattew, Jonnesco, etc..., avant d'arriver à l'année 1905, date à laquelle le Docteur Dartigues devant ces procédés de raccourcissement des ligaments ronds au devant de l'utérus, dans le cavum vésical, eut l'idée d'un raccourcissement rétro-utérin. Il écrit dans la *Presse Médicale*, en 1906 : « Les plicatures multipliées en accordéon, le nombre des sutures, le décollement par traction du péritoine latéro-pelvien, la fixation à l'utérus à travers le muscle au niveau des cornes utérines, c'est-à-dire dans un des endroits les plus vasculaires

de cet organe, l'insertion ligamentaire trop basse, tels sont les desiderata présentés par les procédés de raccourcissement antérieur. »

Une technique analogue aurait été exposée, paraît-il, à la même époque à Lyon, par le Professeur Polosson dans une leçon clinique, à l'insu du Docteur Dartigues.

Nous nous occuperons dans le deuxième chapitre des questions de priorité dans la ligamentopexie rétro-utérine pour exposer succinctement d'abord les techniques des auteurs précédemment cités.

Dans le *Pittsburg Medical Review* (juillet 1888) on trouve l'article de Wylie.

Après laparotomie, il saisit le ligament rond à égale distance du pubis et de la corne utérine; il l'attire en dehors par la plaie abdominale formant ainsi un pli. Il avive la face interne de ce pli par grattage du péritoine puis, au moyen de trois ligatures de soie, il unit les surfaces avivées en comprenant le plus de ligament rond possible; après fermeture de la plaie, Wylie place un pessaire d'Alfred Smith.

Ruggi employait un procédé analogue : avec un fort catgut, une aiguille courbe traverse le ligament rond près de son entrée dans le canal inguinal et sur le repli péritonéal; on pratique un nœud solide à l'extrémité non enfilée du catgut; on traverse le ligament rond près de son extrémité utérine; enfin, rapprochement par plicature des deux parties du ligament traversé par le fil et l'on termine par une

suture au surjet double. Même manœuvre du côté opposé.

Maun fait une plicature double avec deux fortes ligatures aux extrémités du repli; c'est en somme le procédé de Ruggi avec des garanties de solidité; il a été recommandé en France par le Professeur Segond.

Bode de Dresde emploie une technique qui diffère par la suture. Il prend du ligament rond à partir de l'utérus autant qu'il en faut pour le recouvrir de la quantité qu'il juge nécessaire. Il relève le ligament et lui fait un pli; au point de traction il passe un fil qui l'entoure en entier et qu'il noue une première fois. Ce fil traverse ensuite la corne utérine adjacente; on en noue les deux chefs après avoir raccourci le ligament rond jusqu'à le tendre; on recommence pour le côté opposé.

Mathew, en 1891, divisait le ligament rond en trois parties égales en le saisissant avec deux pinces; le raccourcissement portait sur les tiers interne et externe donnant ainsi deux anses à convexité externe à chaque ligament.

Polk présente une méthode par coudure et soudure en avant de l'utérus. Il avive la face interne des ligaments ronds près de leur extrémité utérine, les ramène au devant du fond de l'utérus et les coude en dedans au sommet de l'anse, il les unit l'un à l'autre au point avivé par une forte suture. Il a donc formé un repli interne et non externe par rapport à l'utérus.

Dudley lui, avive la face antérieure de l'utérus le

long de son bord externe, la face antérieure du ligament rond correspondant est dénudée et il fixe les deux parties ainsi préparées. Une modification a été apportée par Baudoin en France, qui préfère fixer le ligament rond dénudé au niveau de la corne utérine correspondante.

Après ces procédés, Beck, de New-York, décrivit ce qu'il appelle la ligamentopexie abdominale : Après avoir débarrassé les ligaments ronds de leur péritoine, sur une longueur de 8 à 10 centimètres, on les suture l'un à l'autre au niveau de ces régions dénudées; on a ainsi une corde bifurquée à ses deux extrémités pour rejoindre en haut les cornes utérines, en bas les orifices inguinaux; on amène cette corde dans la plaie abdominale qu'elle occupe sur toute sa longueur; ceci fait, on suture au-dessous d'elle le péritoine pariétal et les formations musculo-aponévrotiques de la paroi; la corde ligamentaire est ainsi exclue de la cavité abdominale. Il n'y a plus qu'à suturer la peau sur les ligaments ronds extériorisés.

En France, Doléris associa le repliement à l'hystéropexie; après une laparotomie très basse, il attira et fixa les ligaments ronds aux solides aponévroses de la paroi à l'angle inférieur de la plaie.

Un peu plus tard, cette technique fut modifiée par son auteur : de chaque côté de l'incision, il pratiquait un canal inguinal artificiel par lequel une anse du ligament rond allait rejoindre l'anse semblable du côté opposé; on suturait les deux anses

entre elles et aux tissus musculo-aponévrotiques voisins.

Toutes ces méthodes de raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds ont préparé l'avènement d'un dernier procédé, celui qui fait l'objet de notre thèse: la ligamentopexie rétro-utérine et sous-tubo-ovarienne.

CHAPITRE II

LIGAMENTOPEXIE RÉTRO-UTÉRINE ET SOUS-TUBO OVARIENNE OU PROCÉDÉ DE BALDY-DARTIGUES

Dans la *Presse Médicale*, du 7 avril 1906, MM. Dartigues et Caraven décrivent une méthode, à laquelle le Professeur Marion fit place dans sa « technique chirurgicale » et qui fut sa méthode opératoire de choix pour le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds.

L'opération fut exécutée pour la première fois, en France, le 25 décembre 1905, dans le service du Professeur Pozzi, par le Docteur Dartigues :

1° Après ouverture de la paroi abdominale, on applique le laparostat et on refoule l'intestin ;

2° L'utérus apparaît rétroversé; on le ramène en avant en détruisant quelques adhérences s'il y a lieu; avec une pince hémostatique courbe et pointue un peu forte, on transfixe le ligament large dans la zone transparente avasculaire sous-tubo-ovarienne que l'on distingue bien après étalement du ligament large;

3° A ce moment, l'utérus est rabattu en arrière; on saisit le ligament rond en avant du ligament large, à l'union de son tiers postérieur avec ses deux tiers antérieurs, à trois centimètres environ de la corne utérine; il est recommandé de pincer le ligament rond par son bord interne si l'on ne veut pas le manquer;

4° Avec la pince de transfixion on ramène le ligament rond revêtu de son repli péritonéal en arrière de l'utérus à travers la trouée ligamentaire large;

5° Après avoir opéré de la même manière du côté opposé, il faut pratiquer l'adossement en arrière de l'utérus, des deux plicatures ou mieux des deux anses ligamentaires et lier ou suturer.

Si l'on se contente de lier il faut avoir soin de le faire assez bas pour que l'utérus ne glisse pas sous la sangle ligamentaire; si l'on craint ce glissement on peut suturer la fronde postérieure formée par les ligaments ronds à l'utérus par quelques points; cette suture doit se faire au-dessus de l'isthme pour éviter les bascules secondaires de l'utérus.

On termine l'opération par une salpingectomie unilatérale s'il y a lieu et l'on referme la paroi abdominale.

Le procédé est donc extrêmement simple, facile, il n'y a pas d'exérèse, pas d'hémorragie.

Une technique de fixation rétro-utérine des ligaments ronds sur laquelle nous allons insister est pratiquée de façon courante dans le service du Professeur Dambrin à l'Hôtel-Dieu; cette technique a d'ailleurs fait l'objet d'une communication à la Société d'Obstétrique de Toulouse, en mars 1906, par le Docteur Louis Dambrin :

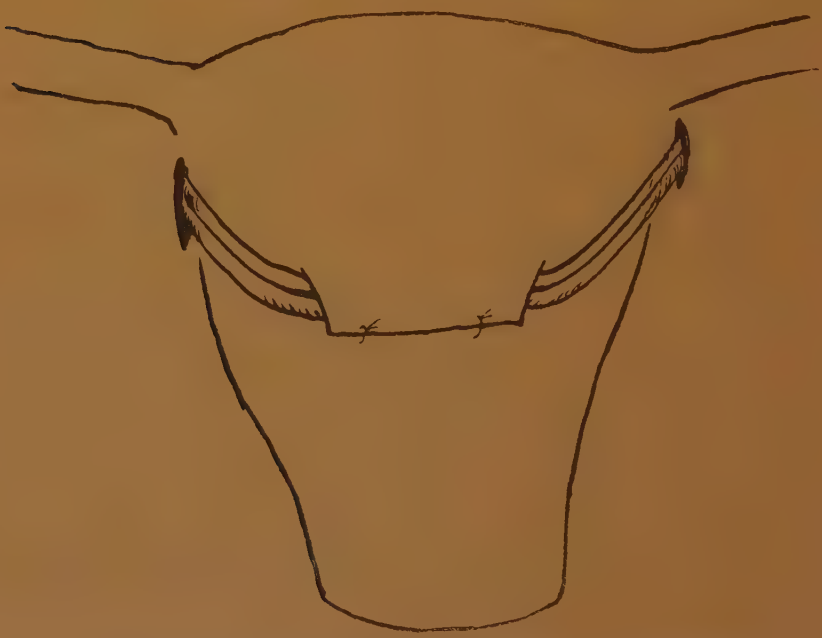
1° On fixe la sangle ligamentaire à l'union des deux tiers supérieurs et du tiers inférieur de la portion sus-isthmique de l'utérus;

2° Pour établir des adhérences entre la face postérieure de l'utérus et les ligaments ronds, on recouvre les anses ligamentaires d'une languette taillée aux dépens du péritoine recouvrant la face postérieure de l'utérus.

Pour ce faire, on trace sur le péritoine un lambeau transversal postérieur d'environ 2 centimètres de long sur 1 centimètre et demi de large à charnière inférieure à la hauteur précédemment indiquée; le lambeau formé n'intéresse que le péritoine et on le relève; après avoir suturé les deux anses ligamentaires entre elles et au muscle utérin à l'endroit dénudé, on rabat le volet péritonéal que l'on

refixe par deux ou trois points; pas d'hémorragie ni ennui d'aucune sorte.

Cette fixation va provoquer la formation d'adhérences qui vont en augmenter la solidité; la récidive de la rétroversion par désunion de la ligamentopexie



Face postérieure de l'utérus après l'opération de Baldy-Dartigues. On voit le lambeau péritonéal rabattu sur la sangle ligamentaire.

est d'autant moins à redouter; de plus, la fixation ligamentaire basse laisse une certaine mobilité au fond utérin, avantage appréciable au moment des poussées congestives menstruelles et surtout pendant la grossesse; il est recommandé de ne pas fixer plus bas, car la rétroversion pourrait se reformer.

L'opération de Baldy-Dartigues est donc simple et rapide et donne des résultats statiques remarquables : l'utérus est redressé, soulevé et sustenté; le redressement est réalisé sans fixation anormale à la paroi abdominale; tout en restant libre, l'utérus dégage le Douglas et se trouve reporté en avant. Du fait que la trompe, l'ovaire, le bord supérieur du ligament large et le ligament utéro-ovarien passent, en le croisant, au-dessus du ligament rond qui est fortement raccourci, l'utérus est soulevé.

La sangle ligamentaire donne comme nous l'avons vu un moyen solide de sustentation.

On a reproché à ce procédé de créer artificiellement une situation anormale de la trompe et des ovaires, mais il n'en est rien, car les annexes sont à l'état normal derrière le ligament large et d'ailleurs avec l'opération de Baldy-Dartigues la tendance de ces organes à se prolaber dans le Douglas est corrigée.

Une des objections importantes faites par Pichevin à Dartigues lors de sa communication à la Société de Médecine de Paris, le 26 juin 1909, est de ne pas tenir compte de l'état du plancher périnéal et, par suite, de la chute de l'utérus associée à sa rétroversion; dans ce cas, évidemment, il faut compléter le relèvement de la ligamentopexie *s'il s'avère insuffisant*, par une colporaphie antérieure ou une colpopérinéoraphie.

Certains auteurs pratiquent l'opération de Doléris dans ce cas; mais, dans la règle, il faut recourir au procédé de Baldy-Dartigues qui n'entraîne aucune

complication et dont les résultats se sont montrés toujours supérieurs à ceux des autres méthodes; de plus, le procédé permet une grossesse parfaite dont plusieurs observations ont été rapportées depuis Proust et dans lesquelles tout se passe au mieux.

La ligamentopexie rétro-utérine et sous-tubo-ovarienne a été décrite par Baldy dans le *New-York International Journal*, le 25 juillet 1903; c'est donc à ce chirurgien qu'il faut accorder la priorité pour la conception de la technique; mais il n'en reste pas moins vrai que Dartigues a pu en avoir l'idée quelque temps après sans avoir pris connaissance des travaux de l'auteur américain; de plus, il faut reconnaître que la méthode était totalement ignorée en Europe en 1906, date à laquelle elle fut exécutée à Paris et répandue dans les milieux chirurgicaux.

Il est donc normal de mettre en tête le nom de Baldy, qui en a parlé le premier, comme l'a reconnu lui-même Dartigues et de garder à ce procédé le nom que lui donna Proust : Baldy-Dartigues. Nous n'insisterons pas davantage sur cette question de priorité, les discussions trop nombreuses à ce sujet n'ayant abouti à aucun résultat, pour nous occuper maintenant de la valeur comparative des autres procédés opératoires dans la rétroversion.

CHAPITRE III

Il est encore des auteurs qui ont recours à des procédés autres que le Baldy-Dartigues, dans le traitement de la rétroversion.

Les observations recueillies montrent que l'on obtient parfois de bons résultats; nous ne parlerons que pour mémoire de l'hystéropexie vaginale pratiquée à Berlin par Von Rabenau, car elle entraîne de véritables désastres obstétricaux.

L'hystéropexie abdominale ou fixation directe de l'utérus à la paroi fut assez longtemps employée; mais on reconnut vite les dangers qu'elle présentait; allongement ou parfois rupture des adhérences provoquées entre la paroi et l'utérus, vessie trop étroitement bridée et possibilité d'étranglement de l'intestin ou de l'épiploon au niveau des adhérences.

De plus, la position donnée à l'utérus est anormale, car la paroi abdominale et l'utérus ont leurs mouvements propres; en cas de grossesse, l'avorte-

ment est fréquent; à terme, l'accouchement est hérissé de difficultés indiquant fréquemment l'opération césarienne (Poltowik).

L'Alquié-Alexander que sa simplicité avait rapidement mis en vogue est abandonné sauf pour des cas rares ou la rétroversion est très mobile et associée à des hernies.

Le gros reproche fait à ce procédé est d'être aveugle, on tire trop ou pas assez sur les ligaments ronds sans être renseigné sur la présence possible d'adhérences et surtout on ne peut pas vérifier l'état des annexes; on a même observé la possibilité de coincer une anse grêle entre la paroi abdominale et l'utérus si la traction ligamentaire a été trop forte.

Le procédé de Doléris, encore en faveur, est meilleur que le précédent, mais un assez grand nombre d'auteurs ont observé des accidents occlusifs après cette opération. En effet, entre la paroi et le ligament rond, il s'est formé comme un couloir où l'intestin peut venir s'étrangler; il en résulte une occlusion intestinale qui peut entraîner la mort.

Un petit reproche à faire à ce procédé est la fréquence des hématomes provoqués par le passage des ligaments ronds à travers les muscles droits. L'indication du Doléris peut se poser quand il existe un diastasis des muscles droits et quand, à la rétroversion, est associée une chute importante de l'utérus.

Le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds au moyen de plicatures suivant les procédés que nous avons déjà signalés ne paraît pas

donner de bons résultats; la récidive qui se produit le plus souvent démontre bien l'insuffisance de la réduction.

La ligamentopexie rétro-utérine et sous-tubo-ovarienne apparaît donc comme la meilleure opération dans le traitement de la rétroversion utérine; elle unit aux avantages de l'Alquié-Alexander sur l'appareil génital de la femme les avantages des interventions intra-péritonéales que nous connaissons.

De plus, elle offre plus de garanties que les autres méthodes de raccourcissement en donnant une réduction solide accompagnée de relèvement; enfin, elle n'a pas les inconvénients de l'hystéropexie tout en conservant la même action utérine ou péri-utérine dans la grosse majorité des cas.

OBSERVATIONS

Notre maître, Monsieur le Professeur C. Dambrin a opéré des centaines de rétroversions utérines par le procédé de Baldy-Dartigues et a très souvent fait suivre cette opération du temps qui lui est personnel et que nous avons décrit plus haut.

Il ne nous paraît pas utile de rappeler ici les nombreuses observations recueillies; cela ne présenterait d'ailleurs aucun intérêt, car il nous faudrait répéter incessamment les mêmes constatations, à savoir que la méthode opératoire est excellente et n'entraîne pas de complications.

Le gros intérêt de la question étant obstétrical, qu'il nous suffise simplement de présenter quelques observations prises au hasard et suivies de grossesse chez des femmes n'ayant pu être enceintes, malgré leurs efforts, avant l'opération,

OBSERVATION I

Madame N..., entrée à la salle Saint-Louis, le 20 mars 1932.

Cette femme est mariée depuis trois ans et n'a jamais été enceinte; elle dit pourtant avoir fait tout son possible pour avoir un enfant.

Elle est réglée normalement depuis l'âge de quatorze ans; ses règles déjà pénibles sont devenues très douloureuses depuis plusieurs mois; il y a même du retard à chaque période menstruelle; dans l'intervalle des règles, elle est incommodée par d'abondantes pertes blanches.

Actuellement, les douleurs dans le bas-ventre sont à peu près constantes et rebelles à l'administration de doses massives d'analgésiques, aspirine en particulier.

La malade qui redoutait depuis un temps assez long ses devoirs conjugaux ne peut plus supporter de relations avec son mari, etc...

Un examen gynécologique confirme rapidement le diagnostic de rétroversion utérine.

Opération le 25 mars 1932. — A l'ouverture du ventre, on trouve un utérus renversé dans le Dou-

glas et maintenu par quelques adhérences, les lésions annexielles ne paraissent pas suffisantes pour pratiquer l'ablation, on redresse l'utérus qui est maintenu par le procédé de Baldy-Dartigues avec fixation des ligaments ronds sous un lambeau péritonéal.

Fermeture de la paroi; suites opérations normales. La malade quitte l'Hôtel-Dieu satisfaite.

Cette malade a pu être observée dans les mois qui ont suivi l'opération.

Elle devint bientôt enceinte; la grossesse fut normale et elle accoucha de son premier enfant au mois d'avril 1933; l'accouchement n'entraîna aucune complication.

L'année suivante, au mois d'octobre 1934, on apprit que notre malade avait accouché dans de bonnes conditions d'un deuxième enfant bien portant.

OBSERVATION II

Madame O..., entre à la salle Saint-Louis, le 14 septembre 1933, où après examen et interrogatoire, on pose le diagnostic de rétroversion utérine.

La malade souffre depuis très longtemps et se plaint d'avoir beaucoup maigri; elle mange d'ailleurs sans appétit.

Mariée depuis deux ans, elle n'a pas eu d'enfants et supporte mal les rapports sexuels.

La date d'intervention est fixée au 20 septembre : après laparotomie, on aperçoit le fond utérin maintenu dans le Douglas par des adhérences très solides.

La réduction est faite par le procédé de Baldy-Dartigues avec fixation des ligaments ronds sous un volet péritonéal.

Les suites opératoires furent excellentes tant au point de vue génital qu'au point de vue reprise d'un bon état général.

Cette malade n'est pas venue aussi régulièrement que la précédente apporter des nouvelles de son état à la consultation, comme on le lui avait recommandé à sa sortie de l'Hôtel-Dieu.

Malgré cela, on apprit dans le service que, au mois de décembre 1934 cette malade avait accouché dans de bonnes conditions d'un enfant parfaitement constitué.

Il n'y eut pas de complications après ce premier accouchement.

OBSERVATION III

PANCOT (H.) (in *Bulletin Société obstétrique et Gynécologique Paris,* 1925, t. XIV).

M^me^ P... (J.), 24 ans, jumelle, mariée en décembre 1919, fait en février 1920 un avortement spontané suivi de rétention placentaire, d'infection et de curettage. Depuis elle souffre du bas-ventre, sans exaspération très notable au moment des règles, mais les rapports sexuels sont très douloureux.

En mars 1917, je trouve un utérus très franchement rétrofléchi, le corps utérin volumineux (une petite mandarine) se trouve dans le cul-de-sac postérieur dévié à droite. Le col a une direction à peu près normale, les annexes droites sont sensibles. Le bassin est rétréci, le promontoire accessible à 9 cm. 5, la ligne innominée peut être suivie sur toute sa longueur et le sacrum redressé sur toute sa hauteur. Le traitement médical amène une sédation des phénomènes douloureux, mais ceux-ci apparaissent dès que la malade cesse le repos.

Pas de nouvelle grossesse, bien qu'elle soit ardemment désirée. C'est ce désir plus encore que les souffrances qui amènent la malade à solliciter une intervention, bien qu'elle n'ignore rien des difficultés probables de l'accouchement. En juin 1921, laparo-

tomie médiane; à droite, ovaire allongé présentant un petit kyste d'un volume d'une noisette qui est réséquée. Quelques brides péritonéales sont libérées; les annexes gauches sont saines, les pavillons tubaires ne sont pas altérés. Le col utérin est très long; le corps en latéro-rétroversion ne présente pas d'adhérences, et est redressé par le procédé Dartigues..

Suites opératoires apyrétiques.

En septembre 1921, l'utérus a repris du volume et a gardé une situation absolument normale, la malade ne souffre plus et vaque à son travail.

Je la revois fin septembre 1923, elle a été réglée pour la dernière fois en juin ou juillet 1923 sans pouvoir préciser la date. Le début de la grossesse est marqué par des envies très fréquentes d'uriner, dues vraisemblablement à une antéflexion très accentuée de l'utérus gravide.

En mars le fœtus se présente par le sommet, le pariétal déborde la symphyse. Le 6 avril 1924, à 23 heures, les membranes se coupent sans douleur. Le 7 avril, à 6 heures, je trouve une présentation de la face et une dilatation de 2 francs environ; il n'a été fait que deux touchers; la température est normale; je décide de pratiquer une césarienne basse; effectuée deux heures et demie plus tard, elle n'offre d'autres incidents qu'une certaine difficulté d'hémostase des tranches utérines en leur partie inférieure.

La vessie, très distendue par l'urine, est un peu gênante; on extrait une fille du poids de 2 kg. 700; à partir du quatrième jour, élévation de température et douleurs dans le bas-ventre, à droite; la fièvre

monte à 39°, sans qu'il y ait la moindre réaction péritonéale; l'état général reste excellent.

Le neuvième jour la plaie abdominale *per primam*, se désunit sur 3 cm., à une distance de 6 cm. au-dessous du pubis et donne issue à une certaine quantité de pus épais.

Le lendemain, pus de même nature éliminé par le vagin; la fièvre disparaît; l'injection d'un liquide coloré par la plaie abdominale montre l'existence d'une fistule pariéto-utérine qui se ferme rapidement. Le 1er mars, guérison complète et la malade sort de la clinique le 7 mars.

Le 8 juillet, on trouve un vagin long, un col haut situé, le corps utérin parfaitement involué et mobile et reste antéfléchi.

OBSERVATION IV

PANCOT (H.) (in *Bulletin Société obstétrique et Gynécologique Paris*, 1925, t. XIV).

M^me^ S... (J.), 29 ans, régulièrement menstruée, ne souffre pas au moment de ses règles. Mariée à vingt ans, elle a fait à 21 ans un avortement de trois mois; le médecin l'a attribué à une rétroversion utérine très accentuée. Je trouve, en effet, au 23 décembre 1921, un utérus en rétroversion mais sans rétroflexion. Le col est caché derrière la symphise pubienne, le fond de l'utérus est dans le Douglas; l'ovaire droit est prolabé et accolé à l'utérus. Cette rétroversion utérine est absolument irréductible et cependant les tentatives de réduction sont complètement indolores.

Cette malade ne souffre que de la privation de famille; elle a quatre sœurs et six frères qui tous ont de la famille et son involontaire stérilité lui est moralement insupportable, et elle sollicite une intervention.

Opération en février 1922; laparotomie médiane; un voile d'adhérences très mince mais large de deux doigts réunit la face postérieure de l'utérus près de son fond au cul-de-sac de Douglas et immobilise l'ovaire avec la trompe repliée en anse; après libéra-

tion des adhérences, le cul-de-sac de Douglas est diminué par une suture en bourse dépassant la zone des adhérences, et l'utérus redressé par le procédé de Dartigues, les deux ligaments ronds couvrant la zone du péritoine utérin cruentée.

Guérison *per primam* très simple. Les résultats se maintiennent en septembre 1922, mais aucune grossesse n'est advenue.

L'opérée avait abandonné toute espérance lorsqu'en mars 1924 les règles ne vinrent pas; à une grossesse sans incidents succéda un accouchement sans histoire et le 20 décembre, M^me^ S... accoucha en huit heures d'un garçon de 3 kg. 300. Revue en février 1925, elle présente un utérus bien involué, mobile, en situation normale, et elle compte bien ne pas limiter son bonheur à un seul élément.

CONCLUSIONS

1° La rétroversion utérine confirmée détermine des troubles qui imposent le diagnostic et nécessitent un traitement.

2° Les traitements médicaux tels que réduction manuelle par la méthode de Schulze, ou mise en place de pessaires ne peuvent que soulager temporairement les malades; ils ne doivent être employés d'ailleurs que dans l'attente du traitement chirurgical.

3° Etant donné qu'il n'est pas facile d'affirmer qu'une rétroversion est complètement mobilisable, autrement dit sans adhérences, et qu'il est encore plus difficile de juger de l'intensité des lésions annexielles, on négligera l'opération d'Alquié-Alexander pour pratiquer de suite une laparotomie.

Après avoir détruit les adhérences et traité les

annexes suivant les besoins, on entreprend la fixation de l'utérus par le procédé de Baldy-Dartigues qui paraît pour l'instant la méthode opératoire idéale; les quelques cas ou certains auteurs lui préfèrent d'autres procédés deviennent un revers bien fragile auprès des beaux et innombrables succès obtenus par des maîtres incontestés de la chirurgie française ou étrangère.

Vu : *Le Président de la Thèse*,
C. DAMBRIN.

Vu : *Le Doyen*,
E. BARDIER.

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 31 Mars 1936.
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
J. GHEUSI.

BIBLIOGRAPHIE

Alschitz. — De la rétroversion de l'utérus gravide. *Thèse Nancy Université*, 1910-1911.

Amiel. — Les indications respectives de la ligamentopexie inguinale et de la ligamentopexie abdominale. *Thèse Toulouse*, 1931-1932, t. I.

Auvray. — Complication survenue à la suite d'une fixation de l'utérus à la paroi par l'intermédiaire des ligaments ronds. *Bull. Soc. d'Obst. Gyn., Paris*, 1924, t. XIII, pp. 731-733.

Bagley (R.). — Une modification à l'opération Baldy-Webster. *Am. Journ. Am. Med. Assoc.*, 1921, t. LXXI, p. 791.

Baldy. — Retrodisplacements of the uterus and their treatment. *New York Medical Journal*, 1903, t. LXXXVIII, p. 167.

Baldy. — Treatment of uterine retrodisplacement. *Surgery Gynec. and Obstetrics*, 1909, t. II, p. 421.

Baldy (J. M.). — The surgical treatment of retroversion of the uterus. *Surg. Gynec. et Obst.*, 1915, t. XX, p. 614.

Baudouin. — Hystéropexie abdominale antérieure et opération sus-pubienne dans les rétrodéviations de l'utérus. *Thèses Paris*, 1889-1890.

Bianchi (G.). — Results of ligamentopexie in retrodeviations cases. *Pratique Chirurgicale*, novembre 1927, t. II, pp. 51 à 68.

Caballero. — Traitement des rétroflexions de l'utérus par la néo-insertion des ligaments ronds. *Revue Gyn. et Chimy Abdominale*, 1913, pp. 401 à 408.

Caraven (J.). — Salpingite purulente intra et extrapariétale avec hernie épiploïque consécutive à une fixation intrapariétale des ligaments ronds (rétroversion). *Gyn. et Obst.*, 1920, t. II, pp. 424-427.

Clagett (A.W.). — Rétroversion of the uterus, a preliminary report of operation on the round ligament. *New-York Med. Journ.*, 1915, t. CII,

Clare. — Rôle des ligaments ronds dans la rétroversion utérine. *The Lancet*, 22 juillet 1933, p. 178.

Collins (A. W.). — Use of roud ligaments in retrodisplacement of the uterus. *Med. Rec. New* York, 1921, t. C, pp. 621-624.

Cooke (W. R.). — Observations de certains traits relatifs à la pathogénie, la symptomatologie et le traitement des rétroversions. *Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, n° 4, avril 1928.

Cotte (G.) et Peycelon (R.). — A propos de la technique de la fixation ligamentaire de l'utérus suivant le procédé de Doléris. *Gynécol. et Obst.*, 1926, t. XIII, pp. 241-244.

Daels (F.). — Contribution à l'étude technique opératoire gynécologique; l'opération d'Alquié-Alexander. *Bulletin Acad. Roy. de Méd. Belgique, Bruxelles*, 1921, pp. 298-303, n° 190.210.

DARTIGUES et CARAVEN. — Nouveau procédé de racourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds. *Presse Médicale*, 1906, p. 217.

DARTIGUES. — A propos de cinq nouvelles observations de raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds par ligamentopexie rétro-utérine et sous-tubo-ovarienne. *Bull. Mém. Soc. Méd. Paris*, 1909, pp. 470 à 482.

DARTIGUES (L.). — Technique de la ligamentopexie rétro-utérine et sous-tubo-ovarienne pour rétrodéviations de l'utérus. *Paris Chirurgical*, 1910, pp. 457 à 467.

DARTIGUES (L.). — Orthométrie par ligamentopexie extra-péritonéale ou inguino-prépubienne associée à la laparotomie suspubienne transverse dans les rétroflexions utérines. *Presse Médicale*, 1920, p. 805.

DELLE-CHIAGE (S.). — Une nouvelle modification à la technique de la ligamentopexie. *Bull. d'Obst. Gyn. de Paris*, 1926, t. XV, pp. 605-607.

FERRY. — Valeur comparative de l'hystéropexie abdominale directe et de l'hystéropexie médiate intrapéritonéale par les ligaments ronds dans la rétroversion de l'utérus. *Thèse Paris*, 1905-1906.

FIGUIERA. — Traitement de la rétroversion de l'utérus à l'état de vacuité et pendant la grossesse. *Thèse Paris*, 1902-1903.

GOTCHALKOWSKY. — Résultats éloignés des hystéropexies abdominales faites à l'Hôpital Cochin de 1900 à 1917. *Thèse Paris*, 1916-1917, t. VII.

GRAD (D.). — A new method of subperitoneal shortening of the round ligaments of the uterus; e report of one hudred cases with Analysis of end result. *Am. Journ. Obst. Gyn.*, 1920-21, pp. 411 à 435 et 530.

Guyot et Villar (J.). — Rétroversion; opération de Dartigues, hystérectomie secondaire. *Bull. Soc. Gyn. Paris,* 1928, pp. 522-523.

Henneberg (H.). — Des indications des interventions chirurgicales dans les rétrodéviations de l'utérus en dehors de la grossesse. *Gyn. et Obst.,* 1923, t. VIII, pp. 101 à 122, avec forte bibliographie.

Hetharington — Opérations pour rétroversion de l'utérus et varicosités du ligament large. *Missouri State Medical Assoc. Journ.,* octobre 1933, p. 409.

Hivet. — Contribution à l'étude du traitement des rétrodéviations de l'utérus par le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds (voie sus-pubienne). *Thèse Paris,* 1900-1901.

Hofmann (L.). — Die operative verwendbarkeit des ligaments rotundum zur Lagekorrektur des uterus. *Thèse Basel,* 1920.

Iminiatoff. — De l'existence d'un réflexe du ligament rond et de son utilisation dans le traitement des rétroversions. *Bulletin Soc. Obstét. Paris,* 1928, pp. 933-934.

Imianitoff. — De l'existence d'un réflexe du ligament rond et de son utilisation dans le traitement des rétroversions. *Gynécologie,* 1928, p. 618.

Imianitoff (Fred F.). — De l'existence d'un réflexe du ligament rond et de son utilisation dans le traitement des rétroversions. *Bruxelles Méd.,* n° 40, 5 août 1928.

Kellog (J.H.). — A simple method of shortening the round ligament of the uterus for the cure retroversion. *Med. Rev. New-York,* 1916, t. 89, pp. 719-726.

KONTCHALOFF (W.). — Le renforcement des ligaments ronds et larges dans les déviations de l'utérus. *Bull. Soc. Obst. Paris*, 1er janvier 1930.

KIENLIN (H.). — Late results of retro-uterine attachement of round ligament (Baldy-Franke method.). *Zentralbl. fin Gyn.*, 1930, t. LIV, pp. 719-722.

KLEIN (J.). — De la valeur de l'opération d'Alexander-Adams. *Bulletin Soc. Obst. Gyn. Paris*, 1921, t. X, pp. 737-742.

LUKACS (E.). — Baldy-Webster antifixation métod displacement utérus. *Gyogyaszt*, 6 novembre 1927, t. LXVII, pp. 1001-1004.

MABILLE. — Remarques à propos de la rétroversion utérine et de son traitement chirurgical. (Observ. procédé Dartigues.) *Bulletin Mémoires Soc. Méd. de Paris*, n° 13, 10 octobre 1930, pp. 394 à 396.

MATVEEV (V.). — Du traitement radical de la rétroflexion fixée de l'utérus. *Gynécol. et Obst.*, 1932, t. XXV, pp. 121 à 131.

MÉRIEL. — La ligamentopexie rétro-utéine de Dartigues. *Toulouse Médical*, 1906, t. VIII, p. 129.

OKINTCHITZ (L.). — Prophylaxie et traitement des rétrodéviations utérines. *Revue Française Gyn. et Obstétrique*, septembre 1933, n° 9.

OTERA (C.), BALDY-DARTIGUE, WEBSTER. — Opération; indications and technic. *Revue Mex. de Cir. Ginec. y Cancer*, avril 1934, t. II, pp. 179-182.

OTTO (Karl). — L'opération de la rétroflexion d'après la méthode de Baldy Franke. *Zentralbl. für Gyn.*, 26 février 1927, p. 545.

OUGNO. — Contribution à l'étude des procédés de raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds dans le traitement des rétrodéviations de

l'utérus. Ligamentopexie rétro-utérine et sous-tuboovarienne. *Thèse Paris*, 1906-1907.

PANCOT (H.). — Deux cas de grossesse après opération de Dartigues. *Bull. Soc. Obst. Gyn. Paris*, 1925, t. XIV, p. 533-535.

PETIT-DUTAILLIS (P.). — Ligamentopexie abdominale avec un segment libéré des ligaments ronds. *Gynécologie*, 1925, t. XXIV, pp. 573-578.

PICHEVIN (R.). — La ligamentopexie.

— La fixation rétro-utérine des ligaments ronds à travers la mésométrium ou opération de Baldy. *Semaine Gyn. de Paris*, 1909, t. XIV, p. 209.

POLOSSON. — Le traitement chirurgical des rétroversions. *Gazette de Gyn.*, 1908, t. XXII, pp. 313 à 357.

PROUST (R.). — Du redressement de l'utérus par fixation rétro-utérine des ligaments ronds (procédé de Baldy-Dartigues) et de ses résultats au point de vue de la grossesse. *Compte Rendu Soc. d'Obst. et de Gynécol. de Pédiat. de Paris*, 1909, t. XI, pp. 123-128.

PROUST (R.). — Technique des interventions chirurgicales dans les rétroversions de l'utérus en dehors de la grossesse. *Gyn. et Obst.*, 1923, t. VIII, pp. 123 à 140, avec forte bibliographie.

ROQUES. — Contribution à l'étude de la rétroverso-flexion de l'utérus et son traitement. *Thèse Montpellier*, 1927-1928.

SABORIT. — Les ligamentopexies uterinas de Dartigues y Doleris terrica operatoria y concepto chimico. *Revue de cien Med. de Barcelone*, 1906, t. XXXII, pp. 289-293.

SAZERAC DE FORGE. — Contribution à l'étude des ligamentopexies; intérêt au point de vue obstétrical. *Thèse Paris*, 1927.

Schwartz (E.). — Note sur le racourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds dans le traitement des rétrodéviations utérines. *Cong. Internat. de Méd. C. R. Paris*, 1900, Sect. Gyn., pp. 222-228.

Schumann (E. A.). — Observations upon the Baldy operation for retroversion of the uterus. *New-York Med. Journ.*, 1910, t. LXXXXII, pp. 714-716.

Seite. — Etude critique des procédés opératoires de suspension de l'utérus. *Thèse Bordeaux*, 1932-1933.

Seitz (A.). — Sur le traitement chirurgical de la rétroversion-flexion utérine. *Archiv. für Gyn.*, 1920, t. CXIV, pp. 141-167. *Analyse Gynécol. et Obst.*, 1923, t. VII, pp. 442-443.

Siredey (A.). — Les rétrodéviations de l'utérus. *Gynécologie*, 1920, t. XIX, pp. 245 à 263.

Soresi (A. L.). — A simplified technique for retrodisplacement of the uterus in performing the Baldy-Webster opération. *New-York Med. Journ.*, 1911, t. LXXXXIV, p. 86.

Souza Rudge (W. de). — Da operacào de Alquié-Alexander-Adams (Consideraçoès em Torno). *Thèse São Paulo*, 1929.

Sturmdorf (A.). — Douleur dorsale d'origine gynécologique; étude de sa nature, mécanisme de sa production; étude spéciale dans la rétroversion utérine. *Surgery Gyn. and Obst.*, 1931, t. LIII, p. 209.

Vaille. — Contribution à l'étude anatomique, pathologique et clinique des rétroversions utérines. *Thèse Paris*, 1905-1906.

Vander-Elst. — Une nouvelle technique de pexie utérine pour rétroversion. *Archives Franco-Belges Chirurg.*, n° 4, 1927, pp. 310 à 325.

VILLARD (E.) et LABRY (R.). — De la ligamentopexie par autoligature des ligaments ronds dans le traitement de la rétroversion utérine. *Rev. française Gyn. et Obst.*, n° 4, avril 1930.

WEBER. — Quelques cas de ligamentopexie rétro-utérine par le procédé transligamentaire; résultats éloignés. *Bulletin Soc. Chirurgiens de Paris*, 1926, t. XVIII, n° 4, pp. 13 à 16, et *Paris Chirurgical*, 1926, t. XVIII, pp. 2-86.

WEBER. — Quelques cas de ligamentopexie rétro-utérine par le procédé transligamentaire. *Bull. Soc. Chirurgiens Paris*, 1926, t. XVIII, pp. 13 à 56.